



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN UCI**

Autor/a: Alejandra Bernad Remartínez

Director 1. José Ángel Ayensa Vázquez

ÍNDICE

1. RESUMEN/ ABSTRACT	3-4
2. INTRODUCCIÓN	5-8
3. OBJETIVOS	9
4. METODOLOGÍA	9-10
5. DESARROLLO	11-14
6. CONCLUSIONES	15
7. BIBLIOGRAFÍA	16-18
8. ANEXOS	19-28

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente en las últimas décadas, pone de manifiesto el interés suscitado en los profesionales de salud por identificar en el proceso de atención, los diferentes errores potencialmente evitables, que dan lugar a los numerosos incidentes y eventos adversos sobre los pacientes. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la gravedad del enfermo crítico deriva en la necesidad de realizar un protocolo de seguridad del paciente que facilite la asistencia sanitaria.

Objetivos: Mejorar la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Disminuir la variabilidad en la atención y cuidados y unificar criterios asistenciales para los profesionales de enfermería.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica y la elaboración de un protocolo sobre la seguridad del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos, que conduce a una búsqueda continua de la forma de reducir al máximo los riesgos y daños que se pueden producir durante los distintos procesos en la asistencia sanitaria.

Desarrollo: Se ha desarrollado un protocolo en base a una serie de estándares y recomendaciones, estas son: plan de acogida del profesional, identificación del paciente, comunicación durante el traspaso del paciente, prevención de infección, seguridad del uso de los medicamentos, restricción a la movilidad, prevención de úlceras por presión, implicación del paciente en su seguridad, gestión de hemoderivados y plan de autoprotección.

Conclusiones: La seguridad del paciente requiere un compromiso directo del profesional de enfermería, ya que brindan cuidados integrales al paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, eventos adversos, protocolo, UCI, cultura de seguridad.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety in the last decades shows the interest raised in health professionals to identify the different mistakes potentially avoidable in the attention process that generate numerous incidents and adverse events on the patients. In the Intensive Care Units (ICUs), the severity of the critical patient derives in the need to follow a patient safety protocol that facilitates health assistance.

Objectives: Improve patient safety in the Intensive Care Units. Lower variability in the attention and care and unify assistance criteria for nurse professionals.

Methodology: A bibliographic review had been conducted and a protocol has been developed on patient safety in the Intensive Care Units, in a continuous search to minimize risks and harm that can be generated during the different processes of health care.

Development: A protocol has been developed according to a series of standards and recommendations: profesional admission plan, patient identification, communication during patient handover, infection prevention, safety in use of drugs, mobility restriction, prevention of pressure ulcers, involvement of patient in his safety, management of blood derivatives and auto protection plan.

Conclusions: Patient safety requires a direct commitment of nurse professionals since they provide integral care to the patient.

Key words: Patient safety, adverse events, protocol, ICUs, safety culture.

INTRODUCCIÓN

Conforme a la bibliografía consultada en las dos últimas décadas sobre la Seguridad del Paciente (SP), pone de manifiesto el interés suscitado en los profesionales de la salud por identificar en el proceso de atención, los diferentes errores potencialmente evitables, que dan lugar a los numerosos incidentes y eventos adversos sobre los pacientes. Se han publicado numerosas definiciones, pudiendo ser todas ellas válidas ya que persiguen el mismo objetivo.

Según Teresa Giménez Júlvez, la seguridad del paciente (SP) se define como la disminución del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Se considera una dimensión clave de la calidad asistencial, que según el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos (EEUU) es el grado o medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados de salud para el individuo y para la población de acuerdo con el conocimiento científico disponible. ⁽¹⁾

La Doctora C. Omayda Urbina Laza, define la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos por la atención que se brinda, como resultado de servicios eficaces y satisfactorios que garantizan una atención de calidad. ⁽²⁾

Según M.T. Esqué Ruiz, la cultura de seguridad es el esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los recursos hacia el objetivo de la seguridad. ⁽³⁾

Estas definiciones ponen de manifiesto que la seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la calidad asistencial y ayuda a conocer y prevenir los eventos adversos.

Un evento adverso (en adelante EA) es "el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes", o aquel que "hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo". ^(4,5)

Desde *Florence Nightingale*, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente, así como mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda. Esta seguridad, implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, realizando la práctica de la profesión de forma competente y segura, así como la autodeterminación y autorregulación. ^(6,7)

La necesidad de seguridad es la segunda escala que establece Abraham Maslow. Son necesidades de seguridad las siguientes: dependencia, protección,

estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas tienen como objetivo evitar situaciones de peligro. ⁽⁴⁾ Tiene una gran relevancia para todos los que se ven involucrados en el proceso de la atención sanitaria. Tanto para pacientes y sus familias, que buscan sentirse seguros y una plena confianza en los cuidados sanitarios que se les proporcionan, como para gestores de los servicios y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva, eficiente, de calidad y segura .

La realización de la atención sanitaria lleva inherente el riesgo de aparición de EA que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e incluso, la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que: «Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes». ^(8,9) Sin embargo, las intervenciones realizadas en el ámbito sanitario conllevan un considerable riesgo potencial de que ocurran EA, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia .

La preocupación por la seguridad del paciente comienza a cobrar relevancia en el año 1950. ⁽¹⁰⁾ Con la publicación en 1999 del informe "*To err is human*" elaborado por el Institute of Medicine de EEUU en el que se ponía de manifiesto que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de EEUU.

Las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado a lo largo de los últimos años estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan desarrollar la seguridad del paciente y controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

Y si el estudio "*To err is human*" puso de manifiesto el riesgo sanitario, pocos años después una de las organizaciones pioneras en materia de SP, el National Quality Forum (NQF), en un informe del año 2003, identificó lo que podría considerarse como la primera respuesta a estos problemas de seguridad, identificando "30 prácticas seguras" siendo la primera de ellas la promoción de una cultura de seguridad del paciente (CSP) en los servicios sanitarios.

En el año 2004, en el marco de la 57ª Asamblea de la OMS se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) con el objetivo de regular y difundir las prácticas seguras en todo el mundo.

En 2005 el Consejo de Europa en la "Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes" señaló la seguridad de los pacientes como un reto

europeo. En sus conclusiones propuso una estrategia común para mejorar la SP mediante tres acciones clave: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

En cuanto a la investigación en SP, el primer área de desarrollo necesario para conocer el punto de partida fue la realización de estudios epidemiológicos tales como el estudio ENEAS. ^(1,11,12,13) El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS 2005) ha constatado que la incidencia de pacientes con Efectos Adversos (EAs) relacionados con la asistencia sanitaria es de un 9,3% y de los cuales el 42,3% se consideran evitables. ⁽¹⁴⁾

Promover la cultura de seguridad del paciente (en adelante CSP) es uno de los objetivos fundamentales de las estrategias de actuación de agencias y organismos nacionales e internacionales para lograr sistemas sanitarios más seguros. La CSP es el resultado de las actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que influyen en el compromiso, el estilo y el dominio de la gestión de la seguridad de una organización. ⁽¹⁾ La seguridad del paciente es un reto y una prioridad para los sistemas sanitarios y los responsables políticos.

En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI), la gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de EA. Así, la posibilidad de que ocurra un EA se incrementa por día de estancia en un SMI, entre un 8% y un 26%.

En el año 2007, se realizó un estudio multicéntrico nacional español sobre incidentes y eventos adversos en uci, SYREC (Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico), que fue publicado en mayo del 2009. Hasta el momento, habían sido publicados dos estudios multicéntricos basados en programas de declaración voluntaria de EA en el ámbito de intensivos. El primero de ellos fue el Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care Units (AIMS-ICU). Se trata de un sistema nacional de registro y notificación voluntario y anónimo que, utilizando como definición de EA cualquier suceso que disminuyera la seguridad del paciente. Con posterioridad, en el año 2001, en EEUU la Society of Critical Care Medicine desarrolló otro sistema de notificación, el ICU Incident Safety Reporting System (ICUSRS). ^(8,15,16)

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la "cultura de seguridad", donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar y no como fallos que deben ser escondidos. En el sistema sanitario, la creación e implantación de estos sistemas todavía no está sistematizada, sin embargo, ha sido una prioridad en otras industrias donde el riesgo de accidentes y de eventos adversos es elevado. ^(17,18)

El personal de enfermería, es el encargado de realizar una atención continuada a los pacientes en el ámbito hospitalario. La atención sanitaria conlleva el riesgo de aparición de eventos adversos. Para evitar este tipo de reacciones, se deben estandarizar una serie de pautas que disminuyan o minimicen los efectos adversos y así poder garantizar una completa y segura atención sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un protocolo de seguridad del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos

- 1.** Unificar criterios asistenciales para los profesionales de enfermería que atienden a pacientes de UCI.
- 2.** Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados
- 3.** Facilitar la atención a personal de nueva incorporación

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado un diseño de carácter descriptivo basado en la búsqueda bibliográfica de diferentes bases de datos como, Science direct, Elsevier, Pubmed, Cuiden y Scielo.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido, "Patient safety", "Protocol", "Seguridad del paciente en UCI", "ENEAS", " SYREC", "Cuidados en la seguridad del paciente", "Primum non nocere", "Eventos adversos".

Bases de datos	Palabras clave	Artículos Revisados	Artículos seleccionados	CRITERIOS
SCIENCE DIRECT	<ul style="list-style-type: none"> - "Patient safety" - "Protocol" - "Seguridad del paciente en UCI" - "ENEAS" - "SYREC" - "Cuidados en la seguridad del paciente" - "Primum non nocere" - "Eventos adversos" 	15	2	<ul style="list-style-type: none"> - Free full text - Artículos - Nursing and Health Professions
ELSEVIER		6	2	
PUBMED		5	2	
CUIDEN		3	1	
SCIELO		10	6	
BÚSQUEDA MANUAL		12	9	

Se realiza un protocolo de seguridad del paciente en UCI, para mejorar la calidad asistencial de los pacientes ingresados en estas unidades.

DESARROLLO

La creación de una cultura de seguridad se considera un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el *National Quality Forum* y otras organizaciones. Según el *US Department of Veterans Affairs* la cultura de seguridad podría definirse como "todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria".

Las prácticas seguras que se deben tener en cuenta en una UCI, se explican a continuación.

1. PLAN DE ACOGIDA DEL PROFESIONAL

Es recomendable que la UCI desarrolle un plan de acogida del profesional, que facilite la incorporación e integración a la unidad y así poder organizar la aplicación de procedimientos y protocolos, haciéndole participe de los objetivos comunes de la organización, fundamentalmente de los aspectos de seguridad que requiere el paciente.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Se recomienda:

- Se recomienda fomentar la utilización de dos identificadores (apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica o número de tarjeta sanitaria), entre los cuales no se debe incluir el número de cama.
- Se recomienda elaborar protocolos que contemplen criterios para la identificación del paciente del que se carece de los datos habituales para su identificación o para diferenciarlo de otros con el mismo nombre.
- Utilizar una pulsera identificativa
- Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento que se realiza una prueba.
- Realizar controles que ayuden a evitar que la selección incorrecta de un paciente se perpetúe en la historia clínica.
- Formar a los profesionales para que realicen el procedimiento adecuado de la identificación del paciente y la posibilidad de verificación ante cualquier intervención de riesgo
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.

- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en pacientes ingresados.

3. COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DEL PACIENTE

A lo largo de la estancia hospitalaria, un paciente puede ser atendido por distintos profesionales en diferentes unidades.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información necesaria, o podría darse la interpretación incorrecta de la información, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, el paciente anciano y al paciente pluripatológico frágil son particularmente complejos y por ello tienen una mayor vulnerabilidad a los errores de comunicación durante el traspaso desde un centro a otro, situación que acarrea la aparición de EA.

4. PREVENCIÓN DE INFECCIÓN

La UCI debe disponer de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimiento de riesgo.

El lavado de las manos probablemente sea la medida más costo – efectiva para reducir las infección nosocomial.

5. SEGURIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS

El medicamento constituye la intervención sanitaria más frecuente y una de las principales causas de EA, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que el medicamento era la causa del 37,4% de los EA detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios, respectivamente. En el estudio de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias), el 24,5% de los incidentes se relacionaron con la medicación, siendo los relacionados con la prescripción y administración los más frecuentes.

Un porcentaje elevado de errores de medicación se producen en la transición asistencial, principalmente por problemas en la comunicación a la hora de dar la información sobre el medicamento entre los profesionales o entre éstos y los pacientes. Estos errores suponen un 20% de los EA en hospitales y fomenta el reingreso hospitalario. Se recomienda promover la implantación de prácticas que garanticen la correcta comunicación en las

transiciones asistenciales.

6. RESTRICCIÓN A LA MOVILIDAD

Es recomendable reducir las medidas de limitación de la movilidad en UCI, evitando que se utilicen de manera rutinaria. Estas medidas de restricción deben estar en consonancia con el objetivo de favorecer tanto la excelencia clínica como la dignidad y confort del paciente. Estarán justificadas en aquellas situaciones, en las cuales se descarte tratamientos alternativos a la restricción.

7. PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

La úlcera por presión es una complicación frecuente en cualquier nivel de la asistencia sanitaria, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada. La úlcera por presión retrasa la recuperación, puede complicarse con infección/dolor, disminuye la calidad de vida de la persona que la padece, y contribuye a prolongar la estancia hospitalaria y por lo tanto el coste de la atención sanitaria.

8. IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN SU SEGURIDAD

Es muy importante que los pacientes se impliquen en su propia seguridad, ya que les ayuda a alcanzar un diagnóstico correcto, participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento, observar y controlar el proceso de asistencia, identificar e informar complicaciones del tratamiento.

9. GESTIÓN DE HEMODERIVADOS

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello. Asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados. Asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y la UCI.

10. PLAN DE AUTOPROTECCIÓN

La UCI comparte los potenciales riesgos del conjunto del hospital, la *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) relaciona, los riesgos

vinculados a las infecciones transmitidas por la sangre, los accidentes eléctricos, espacio de trabajo generalmente abierto las infecciones por organismos multirresistentes, la alergia al látex, los resbalones y caídas, el estrés o la violencia en el lugar de trabajo.

El hospital tendrá implantado un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro incidente, para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas. El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.⁽¹⁹⁾

Estas recomendaciones se han utilizado para elaborar un protocolo o listado de verificación en UCI (Anexo 1). El listado de verificación o check list, se realizará al comienzo de cada turno.

CONCLUSIONES

La elaboración de un protocolo de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos, unifica criterios asistenciales que ayudan a los profesionales de enfermería a la hora de tratar con estos pacientes.

La cultura de SP es imprescindible, es el producto de actitudes, valores y creencias que los profesionales llevan a cabo en determinadas situaciones. La creación de un procedimiento de estas características, ayuda a establecer una base fundamental en la atención individual del paciente, y por lo tanto, nos permite identificar y minimizar los eventos adversos que derivan de la práctica clínica diaria.

La promoción de la seguridad del paciente es una importante estrategia para mejorar la calidad asistencial en los hospitales.

Este procedimiento, también ayuda a disminuir la variabilidad en la atención y en los cuidados. Facilita así mismo la atención a personal de nueva incorporación. La formación de los profesionales es una herramienta fundamental y es el primer paso para cambiar la cultura de seguridad contribuyendo a la mejora de conocimientos y poder así promover una práctica clínica segura.

La seguridad del paciente es esencial en la atención sanitaria, previene eventos indeseables y evitables. Es importante la educación hacia los profesionales en este aspecto ya que de ello dependerá la asistencia que brindarán a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez Julvez T. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013.
2. Urbina Laza CO. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27(3):239-47.
3. Esqué Ruiz MT, Moretones Suñol MG, Rodríguez Miguélez JM, Parés Tercero S, Cortés Albuixech R, Varón Ramírez EM, et al. Caminando hacia una cultura de seguridad en la unidad neonatal: experiencia de 6 años. An Pediatr (Barc). 2015. [consultado el 6 marzo 2015] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314005657>
4. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla. 2007; 23(1):112-9.
5. Llanes Betancourt C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2011 [consultado 6 marzo 2015];27(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es
6. León Román CA. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2006 [consultado el 3 marzo 2015]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es.
7. Castilla Crespo MA, Hernández Gutierrez LC, Fundadora Santana A, Boza Wong J, García Milian JC. El componente epidemiológico en función de la seguridad del paciente. Departamento de enfermería Litoral Norte de la Habana. 2010.
8. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
9. Martín Delgado MC, Cabré Pericas Lluís. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Rev. Bioética y Derecho. 2009;15:6-14.

10. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
11. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006;15: 174-8.
12. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. *An. Med. Interna (Madrid)* [revista en Internet]. 2007 [consultado el 3 de marzo 2015];24(12): 602-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es.
13. Organización Mundial de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud da un nuevo impulso a la promoción de la salud pública mundial. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/wha4/es/>
14. Barroeta Urquiza J. Guía práctica clínica. Seguridad del paciente. Disponible en: http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
15. Gutierrez Cía I, Aibar Remón C, Beamonte San Agustín A, Obón Azuara B, Sánchez Polo C, Júdez legaristi D. Incidencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. *Rev. Calidad Asistencial*. 2007;22(6):277-86.
16. Lacoma F. Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI. *Rev. Calidad Asistencial*. 2008;23(4):145-7.
17. Bañeras J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
18. Del Valle-García M. Creación de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en la esfera sanitaria desde un punto de vista jurídico. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2010;32: 42-3.

- 19.Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social;2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- 20.Prevenición de úlceras por presión. Riesgo de UPP: Escala de Braden. [sede web]. Córdoba: Hospital Universitario "Reina Sofía". 2012 [revisado 18 de diciembre de 2010; consultado el 10 abril 2115] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escala_braden_preencion_.pdf
- 21.Gómiz León Elena. El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2007 Mar [consultado el 15 Abril 2015] ;10(1): 63-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000100007&lng=es.
- 22.La seguridad del paciente: una estrategia para los cuidados de Enfermería. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Mar [consultado el 26 Abril 2015] ; 26(1): 3-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100002&lng=es.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA	PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI	
	EDICIÓN 1	FECHA:

Elaborado y revisado por:	Aprobado por:
Fecha:	Fecha:

Fecha	Modificaciones con respecto a la edición anterior

Fecha _ _ _ _ _ Turno _ _ _ _ _ Box _ _ _ _ _

Nombre del paciente _ _ _ _ _ Edad _ _ _

Nº de Historia Clínica _ _ _ _ _ Fecha de ingreso en UCI _ _ _

Diagnóstico médico _ _ _ _ _

Alergia conocida Si ☐ No ☐ Aislamiento Si ☐ No ☐

		SI	NO	N/A(No aplica)
Plan de acogida al profesional	¿Se le ha facilitado un plan de acogida al profesional que se incorpora a la unidad?			
Identificación de pacientes	Pulsera identificativa			
	Pruebas diagnósticas identificadas			
	Verificación de la identificación del paciente ante cualquier intervención a realizar			
	Incorporar al paciente y a su familia en el proceso de identificación			
Comunicación	Cambio de turno oral recibido			
	Evolutivo de enfermería leído			
	Revisión de alarmas de los sistemas de monitorización			
	Revisión parámetros de la ventilación mecánica			
	Lavado de manos (Anexo 2)			

Control de infección.	Revisión de vías periféricas y centrales			
	Control presión balón neumotapón			
	Cabecero elevado 30-45° (si procede)			
	Control de secreciones			
	Prevención de neumonía asociada ventilación mecánica			
	Prevención de infección asociada a sonda urinaria			
	Prevención de infección por <i>Staphylococcus aureus</i>			
Administración medicamentos	Revisar alergias			
	Verificar tratamiento			
	Verificar dosis, vía, administración			
	Comprobar velocidad bombas de infusión			
	Medicación de rescate preparada			
	Comprobar dieta/ nutrición			
Prevención de caídas y lesiones	Barandillas subidas			
	Mecanismos de sujeción adecuados			
	Cama frenada			
	Buen estado mental			
	Timbre al alcance del paciente			

	Cambios posturales C/2 horas (si procede)			
	Buena alineación corporal			
	Buena comunicación con los profesionales implicados.			
Prevención de úlceras por presión	Integridad de la piel			
	Escala Braden (Anexo 3)			
	Higiene e hidratación			
	Incontinencia urinaria			
	Colchón anti escaras			
	Protección local			
Implicación del paciente en su seguridad	El paciente toma decisiones sobre el tratamiento			
	El paciente puede identificar e informar complicaciones y eventos adversos del tratamiento			
Gestión de hemoderivados	Asegurar la identificación inequívoca del paciente antes de realizar la transfusión			
	Confirmar grupo sanguíneo			
	Consentimiento informado			
Plan de autoprotección	Garantizar la evacuación interna o externa en caso de emergencias			
	Medidas de protección			

¿Se ha producido algún evento adverso durante la verificación de los ítems anteriores?

Si ☐ No ☐

Descripción _ _ _ _ _

Nombre enfermera/o

Firma

ANEXO II

LAVADO DE MANOS

Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para:

LAVAR CORRECTAMENTE LAS MANOS

www.consejosdelimpieza.com

- 

0 Humedezca sus manos con abundante agua.
- 

1 Enjabone sus manos con el grifo cerrado
- 

2 Comenzar frotando las palmas de las manos
- 

3 Intercale los dedos y frote por la palma y el anverso de la mano
- 

4 Continúe con los dedos intercalados y limpie los espacios entre sí.
- 

5 Con las manos de frente agárrese los dedos y mueva de lado a lado.
- 

6 Tome el dedo "gordito" como en la figura para limpiar la zona del agarre de la mano.
- 

7 Limpie las yemas de los dedos, frotando contra la palma de la mano
- 

8 Enjuague sus manos con abundante agua (8 seg. aprox.)
- 

9 Seque las manos con una toalla desechable o con aire caliente.
- 

10 Cierre el grifo con una toalla desechable
- 

11 Ya está!



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Fuente: <http://www.consejosdelimpieza.com/2013/05/Lavar-y-desinfectar-las-manos.html>

ANEXO III

ESCALA DE BRADEN (manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería→ hospital universitario REINA SOFIA)

Pun tos	Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción/ Deslizamien to
1	Completa mente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Pun tos						
<input type="checkbox"/> < 12 = Riesgo alto <input type="checkbox"/> 13-15= Riesgo medio <input type="checkbox"/> >16= Riesgo Bajo						

Fuente: Prevención de úlceras por presión. Riesgo de UPP: Escala de Braden. [sede web]. Córdoba: Hospital Universitario "Reina Sofía". 2012 [revisado 18 de diciembre de 2010; consultado 10 abril 2115]

Disponible:http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h15_1_escala_braden_preencion_.pdf

Valoración de la escala de Braden

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión:

Completamente limitada.- No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.

Muy limitada.- Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.

Levemente limitada.- Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración

sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.

No alterada.- Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o discomfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad:

Constantemente húmeda.- La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.

Muy húmeda.- La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).

Ocasionalmente húmeda.- La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).

Rara vez húmeda.- La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Actividad. Grado de actividad física:

En cama.- Confinado a la cama.

En silla.- Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.

Camina ocasionalmente.- Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.

Camina con frecuencia.- Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo:

Completamente inmóvil.- No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.

Muy limitada.- Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.

Ligeramente limitada.- Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.

Sin limitaciones.- Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario:

Muy pobre.- Nunca come una comida completa.

Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida.- Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.

Probablemente inadecuada.- Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.

Adecuada.- Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.

Excelente.- Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Fricción y deslizamiento:

Es un problema.- Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.

Es un problema potencial.- Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.

Sin problema aparente.- Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento. ⁽²⁰⁾

